

歯科口腔リハビリテーション料 2 の施設基準届出書添付書類

1 当該療養に係る歯科医師の氏名等

| 歯科医師の氏名 | 歯科又は歯科口腔外科 の経験年数 | 当該療養の経験年数 |
|---------|---------------------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |

2 当該療養に係る医療機器の設置状況（磁気共鳴コンピュータ断層撮影機器を含む。）

| 医療機器名 | 備考 |
|-------|----|
| | |
| | |
| | |

[記載上の注意]

磁気共鳴コンピュータ断層撮影（MRI 撮影）装置を設置していない医療機関にあつては、当該医療機器を設置している保険医療機関名（病院）を記載すること。